

# BUSCOT

Praxis für mikroskopische Endodontie  
Dr. Buscot und Kollegen

Waisenhausdamm 7, 38100 Braunschweig  
Tel.: 0531 49695      www.buscot.de  
Fax: 0531 46446      info@buscot.de

## Patient

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Versicherungsstatus:

GKV

PKV/Beihilfe

## Überweisung zur endodontischen Therapie

Zahn/Zähne: .....

DVT Aufnahme

Revisionsbehandlung

Feststellung der Erhaltungswürdigkeit

Perforationsdeckung

Schmerzbehandlung und Diagnostik

Entfernung frakturierter Instrumente

Wurzelkanalbehandlung

Stiftentfernung

Bemerkung / Besonderheiten: .....

## Erwünschte postendodontische Versorgung

Komposit

Provisorium

Glasfaserstift

.....

## Röntgenbilder vom .....

DVT/CT

Patient mitgegeben

Zahnfilm

Via E-Mail geschickt

Via Post geschickt

Arztbrief erwünscht

Bitte um Rückruf

.....  
Datum

.....  
Hauszahnarzt

.....  
Überweisender Arzt

.....  
Praxisstempel